№ 30 WARSZAWA, kwiecień 1928. ROK IV

LEKARZ KASY CHORYCH.

Redakcja i Administracja „Lekarza Kasy Chorych" przeniesiona została na ul. Filtrową 63 (Anińska 2).

Wszelkie zamówienia prenumeraty wykonywa się tylko po uprzedniem uregulowaniu należności. Przy wpłacie prenumeraty należy koniecznie podać termin, od którego prenumerata ma być liczona.

I. Szkic uzasadnienia wyższości wolnego wyboru lekarza nad systemem ambulatoryjnym z punktu widzenia ubezpieczonego w Kasie Chorych.

Zgodnie z zapowiedzią w poprzednich numerach „Lek. K. Ch." podajemy tu szkic zasad, które przemawiają na korzyść wolnego wyboru lekarza w Kasach Chorych w przeciwstawieniu do systemu ambulatoryjnego. Ze względu na znaczenie tej sprawy, nie tyko dla ubezpieczonych, lecz i dla stanu lekarskiego, bylibyśmy wdzięczni, gdyby Szanowni Koledzy zechcieli uzupełnić przytoczone przez nas dane drogą nadesłania nam swych uwag. W razie żądania, nazwisk możemy nie wymieniać. Całokształt uwag tych wraz z naszym artykułem posłużyłby za podstawę do pracy konkursowej.

A. POZIOM LECZNICTWA.

1. Zaufanie, jako jeden z głównych warunków pomyślnego wyniku leczenia: swe cierpienia fizyczne i duchowe chory chce odsłonić tylko

przed tym, do kogo ma zaufanie. Przy w. w. 1. wytwarza się solidarność duchowa między chorym a lekarzem, jako współczynnik dodatni w całem leczeniu. Już sama myśl „nie wolno ci iść do innego lekarza", jaką stwarza system ambulatoryjny, wzbudza podejrzenie w chorym, który wyobraża sobie wtedy, że inny lekarz pokierowałby lepiej leczeniem. Chory zapatruje się na lekarza ambulatoryjnego, jako na urzędnika. Lekarz zaufania Zarządu Kasy, jakim czyni lekarza system ambulatoryjny, staje się lekarzem nieufności ubezpieczonego. Nie może mieć chory zaufania do lekarza, który jest jednocześnie mężem zaufania Kasy. W rzeczy samej lekarza ambulatoryjnego Kasa zbytnio uzależnia od siebie. A niezależność jego jest niezbędna, jeśli ma on być istotnym przyjacielem i powiernikiem chorego. Każdy chory czuje się lepiej, mniej urzędowo, bardziej swojsko w mieszkaniu prywatnem lekarza, niż w przepełnionem przez urzędników kasowych ambulatorjum, gdzie forma zewnętrzna całej procedury nosi charakter oficjalny. W tych warunkach ubezpieczony sądzi, że lekarzem kieruje nie troska o niego, a wzgląd na interes Kasy. A chory musi mieć to przeświadczenie, że lekarz kieruje się tylko względami na dobro chorego. Ubezpieczony wzdraga się powierzyć tajemnice swe lekarzowi ambulatoryjnemu Kasy, który znajduje się w bezpośredniej zależności od Kasy. Zarzut, że wszak publika nie jest uprzedzona do lekarzy przyjmujących w prywatnych lecznicach, jest niesłuszny, do lecznicy bowiem udaje się każdy do tego lekarza, do którego sam chce, a nie do tego, którego by mu wyznaczyła lecznica. Kasa, jako zainteresowana w prowadzeniu pewnej kalkulacji gospodarczej względem chorych, zmusza lekarzy do brania pod uwagę tych względów, stawia ich w położenie nieszczere względem pacjentów i zmusza do kierowania się nie normą czysto lekarską, lecz przedewszystkiem spekulacją czysto gospodarczą.

Ilość lekarzy, zajętych w ambulatorjach z natury rzeczy musi być i jest ograniczona. „Posada", zagwarantowany dochód, zmniejsza dążność do doskonalenia się w swym fachu, gdy współzawodnictwo, jakie istnieje przy wolnym wyborze lekarza, zmusza do dalszego doskonalenia się. Zmniejsza się więc przez to wiedza lekarska, a zależność od Kasy Chorych czyni lekarza ambulatoryjnego, powolnem narzędziem w rękach Zarządu Kasy — wbrew interesom ubezpieczonych.

Jest to obrazą godności robotnika, że posądza go się o to, iż nie posiada on sam zdolności do wyszukania sobie najodpowiedniejszego dla siebie lekarza.

2. Przy wolnym wyborze lekarza, gdzie w gabinecie przyjęć skupia się mniejsza ilość chorych, mniejsze jest niebezpieczeństwo zarażenia się chorobą zakaźną (p. str. 10).

3. W ambulatorjum lekarz nie może pozostać dłużej, aniżeli pozwalają na to wyznaczone mu godziny, bo tuż za nim musi zająć gabinet następny lekarz. Wskutek tego może on przyjąć tylko ograniczoną liczbę chorych, a ci, co czekali godzinami na otrzymanie numerka do niego i na swą kolejkę, muszą często odchodzić z niczem, gdyż czas wyznaczony dla danego lekarza już minął. Ztąd nietylko niepotrzebna strata czasu, za którą pracownik nie otrzymuje odszkodowania, lecz zdenerwowanie chorego, spory z lekarzami, personelem sanitarnym, lekarzem naczelnym dzielnicy i z urzędnikami. Odmowa przyjęcia chorego przez danego lekarza zmusza chorego do udania się do innego lekarza, do nowego wyczekiwania, nowego rozczarowania. Leczenie się u coraz innego lekarza jest tu skutkiem nieuniknionym ze szkodą niewątpliwą dla chorego.

B. ZYSKUJE PRZY W. W. L. I SZYBKOŚĆ ZAŁATWIANIA CHORYCH.

1. Niema ogonków osób oczekujących porady — ogonków przed okienkiem, wydającem numery kolejne i ogonków przed drzwiami lekarza.

2. Chory nie ma potrzeby czekać długo na załatwienie wszelkich formalności.

3. Liczba ambulatorjów, skupiających wielkie ilości chorych, musi być ograniczona do kilku, najwyżej kilkunastu lokali w mieście, podczas gdy system w. w. l. daje możność leczenia się w najrozmaitszych punktach miasta, bez straty czasu.

C. WOLNY WYBÓR LEKARZA JEST MNIEJ KOSZTOWNYM I DOPROWADZIĆ MUSI DO ZMNIEJSZENIA SKŁADEK.

Przy wolnym w. l. nie trzeba bowiem budować gmachów ambulatoryjnych, nie trzeba wydawać na utrzymanie tych gmachów i personelu urzędniczego i niższego sanitarnego. Mniejsza ilość urzędników— dziś w K. Ch. m. Warszawy jest 4 urzędników na 1 lekarza! co czyni z instytucji czysto leczniczej instytucję biurokratyczną — zmniejszyłaby składki i byłoby wtedy mniej pola do nadużyć, pod jakiemi obecnie uginają się Kasy. Za zaoszczędzone tą drogą pieniądze możnaby urządzić więcej uzdrowisk, ulepszyć warunki higjeniczne bytowania robotników itp. Że w. w. l. jest systemem oszczędniejszym i więcej dającym choremu, niż system ambulatoryjny — dowodem doświadczenie zagranicy, gdzie Kasy Chorych dają choremu wtrójnasób więcej, niż u nas. Dowodem Poznańskie, gdzie istnieje w. w. l., a Kasy prosperują zupełnie dobrze ku zadowoleniu ubezpieczonych, gdzie na administrację Kas wydaje się tylko 6 proc, podczas gdy w b. zaborze rosyjskim, przy

systemie ambulatoryjnym, wydatki na administrację dochodzą do 20 proc.

D. LECZENIE W K. CH., JEŚLI NIE MA BYĆ NAMIASTKĄ, MUSI MIEĆ TEN SAM CHARAKTER, CO I LECZENIE OSÓB PRYWATNYCH.

Tak, jak w życiu prywatnem, i tu każdy chory musi mieć prawo leczenia się u każdego lekarza, który zechce przystąpić do Kasy Chorych, a każdy lekarz ma prawo leczyć każdego chorego, który się do niego zgłosi. Jeśli niezależni materjalnie mają prawo w. w. l., prawo to powinni mieć i ekonomicznie słabi — członkowie Kas Chorych. W. w. l. jest samo przez się zrozumiałem prawem ogólno ludzkiem, prawem demokratycznem. Wolny wybór lekarza dla każdego wolnego obywatela! Jakim prawem pozbawiono obywateli w społeczeństwie demokratycznem tego przywileju? To jest gwałt nad prawem jednostki. I czynią to Kasy Chorych t. j. instytucje o szeroko zakreślonej idei demokratycznej! Gdyby robotnicy rządzili faktycznie, a nie pozornie tylko, bo przez swoich wodzirejów, w Kasach Chorych — czyż nie żądaliby w. w. l.? To też społeczeństwo powinno upomnieć się i domagać wolnego wyboru lekarza. A więc: wolni pacjenci, wolny stan lekarski, wolne Kasy. Ogół lekarzy do dyspozycji ogółu chorych. W. w. l. — to zniesienie niestosunku między wielką ilością chorych, a małą ilością lekarzy w Kasach. W. w. l. — to dążenie do doskonalenia się samych lekarzy na zasadach dla wszystkich równych; system ambulatoryjny — to konkurencja na tle protekcji i złych instynktów. Przy systemie ambulatoryjnym lekarz zmuszony jest starać się nie tyle o zaufanie chorych ile o względy i życzliwość stojących u steru możnowładców Kasowych. Na zakończenie stwierdzamy, że tylko w Bolszewji i w Polsce (Kongresówce) niema w Kasach w .w. l. To mówi samo za siebie. Czy mamy brać przykład z Sowietów?

II. O opiece społecznej nad chorymi szpitalnymi.

Dyletantyzm ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby widoczny jest na każdym kroku. Na każdym kroku widać, że szło przedewszystkiem o pozory i momenty partyjno polityczne, a nie o dobro chorego. Dziś poruszamy sprawę chorych, skierowanych do szpitali, aby wykazać, co pod tym względem uczynić by należało.

Pozajelitowe leczenie drażniące

Yatren-Casein

Szczególne zalety

Łagodne odczyny ogniskowe.
Brak odczynów ogólnych.
Spotęgowane działanie.
Łatwe dawkowanie.
Stały skład chemiczny.
Zapewniona jałowość.

Wskazania

Cierpienia stawów i mięśni.
Katary oskrzeli i rozstrzeń oskrzeli.
Grypa i kataralne zapalenie płuc.
Zapalenia narządów miednicy kobiecej.
Poronienia z gorączką i posocznicą.
Zapalenia tęczówki oraz zapalenia tęczówki łącznie z ciałem rzęskowem.

POSTACIE, BĘDĄCE w HANDLU:

Yatren - Casein słaby i silny

Oryginalne pudełka z 6 ampułkami po 1 ccm.
" " " 6 " " 5 "
" " " 25 " " 1 "
Flaszki po 25 ccm.

Behringwerke Marburg-Lahn

Literaturę i próby na żądanie WP. Doktorów wysyłają bezpłatnie:
Przedstawicielstwo na b. Kongresówkę i kresy wschodnie:
Dom Handlowy Inżynier Stanisław Pozowski,
Warszawa, Emilji Plater Nr. 9/11, tel. 49-72
na Małopolskę, Górny Śląsk i Poznańskie: Aptekarz Drancz i S-ka Bielsko, Wojew. Śląskie.



Chory, leżący w szpitalu nie zawsze podziela pogląd Kasy, że do wyzdrowienia jego nie potrzeba nic więcej ponad pobyt w szpitalu. To nie wystarcza do usunięcia troski o swych bliskich w domu. Kto się zaopiekuje pozostałemi bez opieki dziećmi, kto dostarczy środków na uzupełnienie poniesionych strat w dochodach, na punktualne zapłacenie komornego w czasie choroby żywiciela? To też chory nastaje na wypisanie go ze szpitala, czego ślady widzimy w notatce na karcie szpitalnej: „na własne żądanie". Jaki lekarz nie zna skutków tego? Położnica powraca do szpitala z silnemi krwotokami, zrośnięta po złamaniu noga ulega powtórnemu złamaniu.

Niezbędną jest więc przedewszystkiem opiekunka specjalna, któraby stanowiła łącznik między chorym, a jego rodziną i światem zewnętrznym, od którego chory został odcięty. Jej zadaniem jest uskutecznić przeniesienie dzieci do domu sierocego, ona musi wystarać się o pracę dla żony chorego, ona musi interwenjować w instytucji dobroczynnej o pomoc co do zapłaty komornego, ona musi zająć się gospodarstwem nie posiadającego rodziny rekonwalescenta. Tylko wtedy chory nie stawia oporu co do pozostania w szpitalu, widząc że ktoś się troszczy o jego rodzinę.

Inna natomiast grupa chorych z niepokojem myśli o wypisaniu ich ze szpitala i pragnie je odroczyć, gdy wypisany ze szpitali staje zupełnie bezradny i opuszczony, niezdolny do pracy i mógłby się znaleźć wprost na ulicy. W ten sposób wielu z nich — wobec wymówienia im dotychczasowego zajęcia — stają się pierwszy raz w życiu żebrakami. Tu opieka społeczna mogłaby wpłynąć na cofnięcie wymówienia im pracy lub danie rekonwalescentowi możności wyjazdu do rodziny. Opieka społeczna nie może tolerować wyrzucania na bruk niezdolnych do pracy. Niestety obowiązujące u nas ustawy, na pozór idealne, nie są niemi w rzeczywistości i tych warunków nie uwzględniają. Dla nich robotnik — to tylko element ekonomiczny, jako wkład w pracę, a nie jako cząstka higjeny, a już współczucie — ten najszczytniejszy objaw ludzki — najmniejszej tu nie odgrywa roli. A tymczasem zadowolony chory — to już nawpółwyleczony chory.

Jak jest zagranicą? W Berlinie specjalnie powołane opiekunki szpitalne zajęły się w r. 1926 w 32 szpitalach 15.000 chorych. Są one na żołdzie miasta i rządu. W Ameryce istnieje od 15 lat oddzielne pismo „Hospital Social Service" w celu dalszego rozwoju tej, wcielonej już tam w czyn, idei. W Anglji w r. 1926 13 szpitali w Londynie i 15 w hrabstwach powołały takie „opiekunki społeczne". W jednym tylko szpitalu św. Tomasza pracuje 20 opiekunek i 18 przydzielonych urzędników. W Paryżu istnieje „Le service social à l'hôpital" rozpowszechniający działanie swe na 25 szpitali.

Czas pomyśleć o tem i u nas.

III. Ubezpieczenia społeczne zagranicą.

= *Czechosłowacja.* Dla równowagi sił w kasach Chorych now prawo wymaga, aby w zarządzie było 8 przedstawicieli pracowników i 2-ch przedstawicieli przedsiębiorców, a w radzie nadzorczej 8-u przedstawicieli przedsiębiorców i 2-ch przedstawicieli pracowników (dawniej było tam tak jak u nas 2/3 pracowników i 1/3 przedsiębiorców). Członkowie rady nadzorczej mają prawo brać udział z głosem doradczym w posiedzeniach zarządu. Urzędnicy na stanowiskach kierowniczych — dyrektor, buchalter i skarbnik mianowani są nie przez zarząd kasy, lecz przez centralny zakład ubezpieczeń.

Jest tam obecnie 200 kas chorych o $1^1/_2$ miljonie członków. Miały one w r. 1925 — 36 miljonów koron nadwyżki dochodów nad rozchodami. Składki opłaca się tylko za dni robocze, a więc nie za święta i nie za dni, w które z jakiegokolwiek powodu robotnik nie pracował. Skreślono z przynależności do Kas Chrych dwie najwyższe pod względem zarobku grupy ubezpieczonych.

IV. Z Kasy Chorych m. Warszawy.

= Najprostsze prawdy dla tego właśnie, że stale nas otaczają, nie przenikają do naszej świadomości. Temu przypisać należy, że tak późno dopiero nastąpiło połączenie Zrzeszenia lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy ze Związkiem lekarzy P. P., o czem ogłoszono oficjalnie na Walnem Zebraniu Zw. Lek. P. P. w d. 29 IV r. b. Fakt ten pozostanie epoką w życiu lekarzy polskich. Jeśliby Zarząd Związku nie był dokonał niczego innego oprócz tej jednej rzeczy, to już zasłużyłby na wdzięczność stanu lekarskiego. Największe w całej tej sprawie zasługi ma prof. Karwowski, który nie żałował trudów, energji i czasu, aby rzecz tę doprowadzić do skutku, o czem nie wszyscy wiedzą i dlatego uważamy za swój obowiązek to podkreślić.

= Przedstawiciele grupy pracodawców, wybrani do zarządu Kasy Chorych, składając swe mandaty przesłali do władz nadzorczych tej instytucji pismo treści następującej: ,

„Bezpośrednio przed rozwiązaniem ostatniego zarządu Kasy chorych m. st. Warszawy członkowie tego zarządu, wybrani z grupy pracodawców, mieli możność zwrócić uwagę władz nadzorczych, iż rada i zarząd

Kasy stały na usługach partji politycznych i przekładały interes tych ostatnich ponad dobro powierzonej im instytucji. Na tajnych naradach grup politycznych przy nowych wyborach w dniu 12-go marca, nie tylko dzielono według klucza partyjnego sferę wpływów w samym zarządzie Kasy, lecz klucz ten stosowano do administracji Kasy". To piszą członkowie tego samego Zarządu Kasy, który się tak oburzał, że Sąd Okręgowy za te same zarzuty uniewinnił d-ra Hellina.

— W ostatnich czasach zamianowano cały szereg komisarzy należących do partji jedynki. P. P. S. naturalnie nie przypada to do gustu, im, którzy dotychczas obsadzali swoimi ludźmi wszystkie placówki w Kasach. To też P. P. S. napada gwałtownie w swych pismach na tych nowych, z innego obozu pochodzących urzędników kasowych, (Żyrardów, Białowieża) doszukując się w każdym ich czynie wprost przestępstw. Co innego, gdy komisarzami tymi są członkowie P. P. S. Według pepesowców, tylko członkowie P. P. S. mają czyste ręce. O ile je wymyją!

— Według dr. Szenajcha, nacz. lekarza szpitala Karola i Marii w Warszawie, stolica nasza posiada tylko 20 proc. niezbędnej liczby łóżek szpitalnych dla chorych dzieci. Dr. Szenajch stwierdził, że w jednem z ambulatorjów Kasy Chorych m. Warszawy zaraziło się odrą w ciągu kilku tygodni 30 dzieci! To spostrzeżenie jest tembardziej ważne, że dr. Szenajch, o ile wiemy, bardzo objektywnie zapatruje się na Kasy Chorych. Wszystkie ambulatorja Kasy Chorych winny być przerobione i inaczej urządzone. A pan Grodecki bardzo jest ze swej działalności w charakterze lekarza naczelnego Kasy Chorych zadowolony. Co go obchodzą opinje o jego działalności kompetentnych lekarzy, dla niego ważne jest to, co sądzą panowie z Zarządu kasy — laicy! P. Grodecki wobec zeznań lekarzy - świadków w sprawie sądowej (p. Nr. 29) i opinji powyższej chyba przyzna, że opinja ta o jego działalności, jako lekarza naczelnego Kasy Ch. m. W. jest ogólną śród kompetentnych fachowców.

— Od czasu, gdy Zarząd Kasy Ch. został rozwiązany i mianowano Komisarza p. Giebartowskiego, spory między lekarzami a Zarządem Kasy (w osobie p. Komisarza) ucichły. Ucichł też nasz znany wysoki urzędnik Kasy, p. Grodecki. P. urzędnik Grodecki bardzo się „stawiał", gdy czuł za sobą swych popleczników. Teraz kompanja się rozprysła na cztery wiatry i p. Grodecki szuka oparcia przeciw nowym siłom w innym kierunku... na południu Warszawy.

Podobno kandydatura dr. pułkownika Kołłątaja-Średnickiego na Komisarza Kasy nie jest aktualna.

———

V. Korespondencje.

= *Drohobycz.* Bilans Kasy Chorych za r. 1924 wykazywał znaczną przewagę dochodu nad rozchodem, w r. 1925 był już deficyt wynoszący 112.000 zł., a w r. 1926 203.000 zł. — przy dwumiljonowym budżecie. Zaległości u pracodawców wynosiły na 1. I. 1927 r. — prawie miljon złotych. Liczba ubezpieczonych (wraz z rodzinami) spadła z 57.000 w r. 1924 do 47.000 w r. 1926. Czas trwania choroby wynosi 17.5 dni, w dawnej Austrji wynosiło to 7 dni.

„Zarząd przy przyjmowaniu lekarzy kieruje się", jak mówi dr. Hausman w Głosie Drohobycko-Borysławsko-Samborskim „osobistem widzimisię, sympatjami osobistemi, a nie objektywną oceną wartości, wskutek czego kasa posiada bardzo „błagonadjożnych" lekarzy ze szkodą dla chorych. T. zw. specjaliści — śród tych „prawomyślnych" protegowanych kasy — to ledwo ukończeni lekarze bez odpowiedniej praktyki lekarskiej, umyślnie sprowadzeni przez Kasę, jako powolne narzędzie przeciw lekarzom miejscowym. Że tu chodzi o politykę, a nie o względy oszczędnościowe, dowodzą wyższe pobory, wypłacane tym lekarzom przez Kasę i połączone z ich sprowadzeniem koszta przeniesienia się i nabycia mieszkania. Własne apteki kasy wydały w r. 1926 o 10.000 recept mniej, kosztowały one natomiast $2^1/_2$ raza więcej. Pomimo to kasa założyła aptekę i w Drohobyczu. Defraudacje w aptece w Borysławiu — to nic! Trzeba tylko robić jaknajwiększe zakupy, choćby na kilka lat zgóry. To się bardzo popłaca! To, że chorzy przy własnych aptekach K. Ch. muszą się tłoczyć w jednej aptece kasy, zamiast mieć możność otrzymywania lekarstw w kilku aptekach prywatnych, to też drobnostka! Bo co szkodzi, że chory otrzyma lekarstwo nazajutrz, choćby to było — nazajutrz po śmierci. Nawet gdyby argument, że leki z aptek własnych K. Ch. są lepsze niż w aptekach prywatnych, wytrzymywał jaknajlżejszą krytykę, to, idąc konsekwetnie w tym kierunku, kasa musiałaby wogóle wszystko sama wyrabiać, co byłoby absurdem. Ale i lekarstwa wypadają drożej przy własnej przez kasę fabrykacji, i logika musi iść na bok tam, gdzie chodzi o politykę — i tylko o politykę! „Pod najbardziej błahymi pozorami usuwano ze stanowisk lekarzy ogólnie cenionych, tylko ze względu na brak sympatji u dyrekcji i jej pupilów. Naraziło to kasę na koszty i procesy, które z pewnością nie przyczyniły się do powiększenia autorytetu Dyrekcji czy Zarządu Kasy!"*) Myślałby kto, że to mowa o Kasie Chorych m. Warszawy i jej wysokim urzędniku, p. Grodeckim!

---

*) Dr. Wł. Judym pisze w Nr. 3 „Lek. Pol.", że należy wymieść z Zarządów Kas „rozmaitego rodzaju szkodników społecznych, którzy, uważają uniwersytety za feodalne twierdze wstecznictwa i wolą *trwonić pieniądze na bezsensowne pro-*

„Lekarze uprzywilejowani — to t. zw. lekarze - społecznicy; lekarze nieuprzywilejowani — to lekarze należący do Związku lekarzy P. P. Grupa "społeczników" przeciwstawia się zjednoczeniu wszystkich lekarzy w jednym ogólnym Związku lekarzy. To są szkodnicy stanu lekarskiego i prawdziwego lecznictwa dla własnej korzyści. Świadczy to tylko o tem, że interes chorego nie stoi u Zarządu wyżej aniżeli inne względy". „Zmiana systemu lecznictwa więcej pomoże choremu niż wprowadzenie go do luksusowo urządzonego lokalu". System protekcyjny w niesłychany sposób kwitnie we wszystkich działach Kasy, Zarząd obsadza posady swymi pupilami, często nie posiadającymi potrzebnych kwalifikacji i stwarza zgoła zbyteczne posady dla swych protegowanych.

A więc „własne apteki, właśni specjaliści, własne konie i własne auta, własne „pałace luksusowe" i własny system leczenia!" Na tem ma się zasadzać lecznictwo w Kasach Chorych według zarządów kas, tych nowych kierowników „nowej nauki lekarskiej".

VI. Drobne wiadomości.

= Wobec ogłoszenia dekretu p. Prezydenta o najmie pracy, należy zaznaczyć, co mówi prawo niemieckie. Według § 5 ustawy o sądach pracy, wydanej w Niemczech 13 XII 1926 lekarz nie jest pracobiorcą Kasy, jest on tylko osobą pozostającą z Kasą w stosunku nieco podobnym do pracobiorcy (arbeitnehmerähnliche Person). Paragraf ten mówi: lekarz wykonywa pracę z polecenia i na rachunek Kasy, nie będąc jednak w stosunku pracowniczym ani względem Kasy ani względem pacjenta. Nic nie znaczy tu ta okoliczność, że lekarz kasowy dostarcza swej pracy nie bezpośrednio Kasie, lecz za nią — dla chorych. Tak samo jak i w praktyce prywatnej, lekarz nie jest pracobiorcą swego chorego, nawet nie jest osobą mającą charakter pracobiorcy." Takie same ujęcie tej kwestji znajdujemy w ogłoszonych w swoim czasie w sprawie K. Ch. m. W. z dr. Hellinem wyrokach Sądów Okręgowego i Apelacyjnego w Warszawie.

= Niemiecka partja ludowa postawiła w parlamencie niemieckim wniosek, aby liczba członków w każdej miejscowej Kasie Chorych nie mogła przewyższać pewnej normy. Powstała w ten sposób większa

---

cesy z lekarzami i na dziesiątki innych celów, nie mających nic wspólnego z okazywaniem pomocy człowiekowi cierpiącemu".

ilość kas dawałaby możność zdrowej pomiędzy niemi konkurencji. Wpływałoby to na ich udoskonalenie i dawałoby prawo wolnego śród nich wyboru ku pożytkowi ubezpieczonych i zmniejszyłoby wysokość składek, gdyż duże kasy mają większe wydatki na administrację. W obecnych warunkach kasy kostnieją w swym systemie. Kasy Chorych, liczące po kilkadziesiąt a nawet kilkaset tysięcy ubezpieczonych, muszą być rządone biurokratycznie; wysokość składek wzrasta wraz z liczbą członków: przy 3000 członków wynosi ona w Niemczech na jednego członka przeciętnie 59,5 mk., przy 200.000 — 89.5, a przy 400.000 — 91.8 mk.! Wydatki takich kas mamutowych muszą być, ze względu na potrzeby kontroli i administracji, nieproporcjonalnie wyższe, niż w kasach małych. A u nas kasy — nie dopuszczają do żadnej konkurencji i stwarzają właśnie takie typy mamutowe. Nareszcie niektórzy pepesowcy dochodzą do tych samych wniosków (p. Spr. ubezp. społ. Nr. 5 str. 12) co i my. Po co więc było tak wojować przeciw naszym poglądom?. Czyż nie lepiej był codrazu się z nami zgodzić? Ale niestety, są to tylko oddzielne głosy niektórych pepesowców.

= To, co pisze „Aerztl. Vereinsblatt", organ związku zrzeszeń lekarskich o sprawach związku, daje się w zupełności zastosować do naszych stosunków: „na walnych zebraniach lekarskich przyjęte zostają piękne uchwały jednogłośnie lub znaczną większością, lecz wykonanie tych wniosków pozostawia dużo do życzenia. Wszak nie po to tylko bierze się udział w tych zebraniach. aby wysłuchać pięknych mów i opowiadać w domu o wspaniałych ucztach. Uchwały stają się w ten sposób platonicznemi ostentacjami, a to nie może być celem takich zebrań, urządzanych z ogromnemi przygotowaniami i ofiarami."

= Związek towarzystw lekarskich i Związek lekarzy niemieckich orzekły w d. 12 II 1928, że ambulatorja kasowe nie dadzą się pogodzić z należytą pomocą lekarską dla ludności.

= Kasy Chorych i Związek lekarzy niemieckich pertraktują obecnie w sprawie zgodnego rozwiązania kwestyj spornych. Na czas tych pertraktacyj obie strony postanowiły unikać wszelkiej publicznej polemiki w tych kwestjach.

= W Anglji rząd uznaje Związek lekarzy za przedstawicieli lekarzy kasowych.

= Nowe prawo o ubezp. społ. we Francji, przyjęte przez parlament francuski, obejmowałoby 8,5 miljona robotników, a wraz z członkami rodzin 13 miljonów i wymagałoby 20.000 urzędników. Składki wynosiłyby 10 proc. zarobków (5 proc. robotnicy i 5 proc. przedsiębiorcy) i da-

wałyby 5—7 *miljardów franków* czyli tyle, co cały budżet Polski. Państwo miałoby z tego tytułu rocznie 340 miljony franków wydatku. Cena towarów wzrosła by wskutek wprowadzenia K. Ch. o 3—7 proc. Również we Francji jak w Niemczech i u nas, los zrządza, że ubezpieczenia społeczne powołane zostają do życia nie gwoli ubezpieczonych, lecz z przyczyn polityki wewnętrznej. Przy takim organicznym błędzie porodowym trudno się dziwić, że ubezpieczenia społeczne stają się foot-ball'em partyj politycznych z upośledzeniem dobra ubezpieczonych.

— Jak się rentują apteki własne Kas Ch., dowodem zlikwidowanie 5 aptek własnych (m. in. w Czeladzi i Hajnówce) („Wiad. Farm.").

W Poznaniu Kasy Chorych nie mają swych własnych aptek. Chorzy kasowi otrzymują lekarstwa w aptekach prywatnych. Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu „zwraca uwagę właścicieli aptek, że zadaniem retaksatorów w Kasach Chorych jest stać na straży interesów Kas Ch. To też błędy, popełnione przez właścicieli aptek na ich niekorzyść, nie będą przez retaksatorów poprawiane". Etyka okólnika takiego mówi sama za siebie.

— Charakterystyczny tytuł artykułu znajdujemy w „Robotniku": „Wielkie zwycięstwo PPS. w N. Sączu". „Zdobycie Kasy Chorych", co ma oznaczać, że przy wyborach do Zarządu Kasy socjaliści otrzymali większość. A więc nie o dobro chorego, tylko o politykę chodzi PPS. w Kasach Chorych.

— „Sprawa Ub. Sp." powstaje przeciw mianowaniu Komisarzy na miejsce Zarządów w K. Ch. przez Okr. Urzędy Ubezp., które stworzyły już całe kadry „żelazne brygady" komisarzy. Więc cóż? Czy lepiej tolerować rozpasane bachanalje defraudacyj i marnotrawnej gospodarki?

— W Zagłębiu Donieckiem robotnicy, w odpowiedzi na słuszną wobec dobrego stanu zdrowia tych robotników odmowę lekarzy wydania zaświadczeń o chorobie i o potrzebie urlopu kuracyjnego, pobili ich w okrutny sposób.

— W Rosji każdy dom, nietylko fabryki i warsztaty, jest obowiązany mieć „jaczejkę" zdrowia, mającą za zadanie dbać o higjenę domu, czystość i porządek, dezynfekcję przy chorobach zakaźnych itd.

— Liczba przypadków śmierci spowodowanych przez samochody wzrosła w Stanach Zjednoczonych Ameryki z 21 w r. 1926 do 27 na 100.000 ludności w r. 1927, a ciężko rannych zostało 800.000 osób. Czyli w Polsce byłoby w tym stosunku 8.000 wypadków śmierci rocznie z tego powodu. Największa liczba wypada na 3 ostatnie miesiące roku.

— W Chinach trzecia część kobiet są prostytutkami. W Tokjo istniejący od r. 1617 dom publiczny Ioschiwara, liczący przeszło 15.000 osób (kurtyzan, tancerek, służących, urzędników, kupców), obsługiwany jest przez specjalny tramwaj elektryczny. (Macko. Prostytucja. Warszawa 1927).

— Dr. medycyny Willman jest kolektorem pruskiej loterji państwowej w Berlinie. Jest to jeden z dowodów, że lekarze, nie mogą utrzymać się z praktyki i zmuszeni są przerzucać się na inne pola działania w żadnym związku z medycyną nie będące.

— W Bawarji 65 letni lekarz F. S. otruł się, wskutek niedostatku materjalnego, morfiną i zmarł w 5 godzin potem w szpitalu.

— U nas tworzą się nowe kluby i nowe związki lekarskie. Stają się one tą drogą pomocą dla tych, co chcą ujarzmić stan lekarski pod hasłem: divide et impera. Za granicą — we Francji, Anglji i Niemczech — jest inaczej. W Niemczech np. przed paru tygodniami rozwiązało się stowarzyszenie lekarzy-specjalistów, aby połączyć się z ogólnym Związkiem lekarzy, funkcjonując jako jego sekcja. W Hanowerze lekarze, dentyści, weterynarze i aptekarze połączyli się w jedną całość i wybudowali wspaniały dom, przeznaczony na zebrania naukowe i towarzyskie. Tylko połączenie daje moc i zapewnia osiągalność dążeń. Kiedy u nas zrozumieją to korporacje mające związek z lecznictwem?

VII. Dane statystyczne.

+ W 37 K. Ch. Woj .Poznańskiego było w r. 1926 375.000 członków. Wydatki wynosiły 27 miljonów, zasiłki stanowiły 24 proc., wynagrodzenie lekarzy 21 proc., dentystów 3,5 proc., lekarstwa 24 proc., koszty administracyjne 6,9 proc., złp., zaległości za składki wynosiły 5 miljonów złp.

W 20 Kasach Woj Pomorskiego było 148.000 czł., 9 miljonów złp. dochodu, zaległości wyniosły 2 miljony zł., zasiłki 22, wynagrodzenie lekarzy 21, dentystów 4,2, lekarstwa 23, administracja 9 proc.. Rocznie wypadało na 1 ubezpieczonego na zasiłki 15,3, na honorarja lekarskie 13,6, dentystów 2,4, lekarstwa 15,7 złp.

— Liczba członków K. Ch., należących do Związku K .Ch., we Lwowie wynosiła w r. 1926 około 280.000, (w tem 22 proc. kob.), członków rodzin było 270.000 (w tem 65 proc. kob.), razem około 550.000

osób należało do wymienionych K. Ch. Lekarzy w Kasach tych było, oprócz dentystów, około 550 czyli 1 na 1000 wszystkich członków uprawnionych.

— W r. 1926 było w Polsce 613 zakładów leczniczych o 45.000 (zapotrzebowanie 80.000) łóżek! i 22 zakładów psychjatrycznych o 9500 łóżek. (zapotrzebowanie 27.000).

W Niemczech jest około 5000 zakładów leczniczych z przeszło 500.000 łóżek. Samych zakładów dla obłąkanych jest 550 o 165.000 łóżek.

Ogólna liczba łóżek we wszystkich zakładach leczniczych wynosi w Polsce 0,19 proc. ludności, w Stanach Zjednoczonych 0,72% czyli 4 razy więcej, w Danji 0,85%. Dla gruźlików w St. Zjednoczonych 0,044, w Danji — 0,11% ludności.

Mieszkania jednoizbowe stanowią w miastach polskich 36% (w Warszawie 39, a w Łodzi 60% istniejących mieszkań), mieszkania 2-izbowe (pokój i kuchnia) 30%, 1 i 2-izbowe mieszkania łącznie stanowią 2/3, w niektórych okręgach 3/4 (w Łodzi 79%) wszystkich mieszkań miejskich, 15% ludności miejskiej, czyli przeszło miljon osób mieszka po 5—9 osób w 1 izbie, a 38.000 osób powyżej 9 osób w 1 izbie. W Warszawie 29% ludności mieszka w 1 izbie (w Wiedniu 4,2%, Berlinie 3,6%, Gdańsku 1,4, a w Bernie 0,5%. To też 78% zgonów na gruźlicę przypada w Warszawie na 1 izbowe mieszkania, 15% na dwuizbowe i 7% na większe.

— W Anglji (bez Irlandji) było w r. 1925 — 15,5 miljona należących do ubezpieczenia inwalidzkiego i Kas Chorych, czyli 35,5 proc. całej ludności. Z tego kobiety stanowią 1/3 czyli 5,2 miljona. Dochód na 1 członka wyniósł 53, wydatk — 35 szylingów (około 80 złp.), na administrację—6,3 szylinga (14 złp.), czyli 11 proc. dochodu. Kapitał rezerwowy wynosi 2,5 miljarda szylingów (czyli 5.5 miljarda złp.).

— Według decyzji bawarskiego ministerstwa opieki społecznej z r. 1920 w Kasie Chorych powinien być 1 urzędnik na 800—900 członków. W Warszawskiej Kasie Chorych wypada 1 urzędnik na 160 członków, czyli urzędników jest co najmniej 5 razy za dużo!

— Waga papieru, zużywanego rocznie na recepty (5 i pół miljona) w ogólnej K. Ch. Berlina (475.000 czł., nie licząc rodzin) wynosi prawie 100 centnarów! Cena wydanych lekarstw wynosi rocznie około 6 miljonów mr.

— Wydatki na wszystkie rodzaje ubezp. społ. wynosiły w r. 1927 w Niemczech 3560 miljonów marek (około 8 miljardów złotych polskich, czyli 4 razy więcej niż cały budżet państwa polskiego), w tem 1.600

milj. mk. na Kasy Chorych, 323 miljony na ubezp. od nieszczęśliwych wypadków, 845 milj. na ubezp. inwalidzkie. Dzienny wydatek na ubezpieczenia społeczne wynosi 10 miljonów mk., czyli 22 miljonów zł.

= W Kasach niemieckich wypadało na 1 członka 12 dni choroby, każdy przypadek choroby trwał przeciętnie 26 dni. Prawie co 2-gi członek kasy był w r. 1926 przez 26 dni chory. Procent niezdolnych do pracy wynosił 4,61.

Na 1. IV r. b. było w 166 Kasach Ch. w Niemczech 5.620.000 członków, niezdolni do pracy stanowili 4,5 proc. (m. 4,28, kob. 4,76 proc.).

W berlińskich kasach chorych specyfiki stanowią 53 proc. wszystkich recept a 62 proc. wydatków na lekarstwa!

= Statystyka wykazuje że 1/3 wszystkich przypadków śmierci przypadała na pierwszy rok życia. Zmniejszenie się liczby urodzeń w ostatnich czasach wywołało naturalnie zmniejszenie liczby przypadków śmierci dzieci, co znowu odb'ło się dodatnio na statystyce ogólnej śmiertelności. Jednak śmiertelność w Niemczech zwiększyła się w przeciągu ostatniego roku z 11,6 do 12,8 na 1000 mieszkańców.

W ciągu ostatnich 50 lat liczba urodzeń spadła (na 1000 mieszkańców) we Francji z 25 na 18, w Belgji z 31 na 28, w Niemczech z 37 na 20, we Włoszech z 36 na 27, w Anglji z 34 na 17. W Danji liczba ta wynosi 21, w Szwecji 19, w Norwegji 17.

Liczba urodzeń wynosiła w Niemczech w r. 1926 — 1,95 proc., podczas gdy na Ukrainie liczba ta równała się 4,21. To też na Ukrainie było w r. 1926 tyleż porodów ile w Niemczech t. j. 1,200.000, pomimo że Ukraina liczy tylko 28 miljonów ludności, a Niemcy około 60 miljonów! Na 1000 kobiet w wieku dojrzałym przypada w Niemczech 150, w Czechosłowacji 210, w Holandji 240, w Hiszpanji 255, a w Bułgarji 280 porodów. Śmiertelność osesków spadła w Niemczech z 18 w r. 1910 do 10 proc. w r. 1926.

Liczba porodów znacznie się zmniejsza w Niemczech w ostatnich latach. W r. 1926 było 20,3 porodów na 1.000 mieszkańców, w r. 1927 — już tylko 19! W Berlinie liczba przypadków śmierci przewyższa już liczbę urodzeń coraz bardziej: w r. 1926 było 0,07 mniej porodów niż przypadków śmierci, a już w r. 1927 umierało na 1000 mieszkańców 2,9 osób więcej niż się rodziło. Ludność Berlina można zatem utrzymać na normalnej wysokości tylko przez przypływ z zewnątrz t. j. ze wsi. Ten sam objaw występuje i w innych miastach. Przyrost ludności z uwzględnieniem przypadków śmierci, który w r. 1920 wynosił 8 na 1.000, wynosił w r. 1927 już tylko 6,1 proc.

Liczba spędzonych płodów wynosi w Niemczech rocznie około 500.000. Licząc na 3 porody 2 przypadki spędzenia płodu, liczba ta wynosiłaby nawet 876.000. Liczba śmierci matek, które padają ofiarą tego, waha się tam rocznie od 25.000 do 44.000!

Zachorowań w połączeniu z ciążą i porodem było tam 7.600 (2,9 proc. kobiet ubezpieczonych), co tłómaczy się tem, że na 7600 przypadków zachorowań było 5200 poronień i 500 gorączki połogowej po poronieniu. Liczba poronień była większa niż liczba porodów normalnych, musiała być w rzeczywistości jeszcze większa, niż podana, gdyż zameldowano nadto 1300 przypadków krwotoków macicznych bez podania ich przyczyn. Ta wysoka liczba poronień tłómaczy nam większą śmiertelność kobiet w porównaniu z mężczyznami w wieku 30—40 l.

W r. 1925 było w Niemczech 110,000 przypadków chorób zakaźnych (czyli 18 na 10.000 mieszkańców), w tem 77.000 płonicy i błonicy i 7600 gorączki połogowej. Przypadków niezdolności do pracy w Kasach Ch. było 10 miljonów t. j. około 60 proc. liczby członków (w Berlińskiej ogólnej K. Ch. — 42,6 męż. i 52,6 proc. kob.). Z tego wynika, że pracowników gnębią przedewszystkiem choroby natury niezakaźnej. Najczęstszemi chorobami (1/4 wszystkich przypadków niezdolności do pracy) były influenza, (9500 m. 4,1 proc. i 12,000 k. 4,5 proc), neurastenja, u mężczyzn nadto reumatyzm mięśniowy, u kobiet anemja i blednica.

W Niemczech były w r. 1927 tylko 4 przypadki ospy (z tych 3 powstałe po za granicami państwa) z 1 zejściem śmiertelnem, podczas gdy w Anglji, gdzie jak wiadomo, przymus szczepienia ospy nie istnieje, było 15.000 przypadków ospy. Natomiast liczba zachorowań na błonicę już w pierwszych 2 tygodniach r. b. wynosiła w Niemczech 6.700 ż 340 przypadkami śmierci.

Na raka umarło w r. 1925 w Niemczech na 10.000 osób — 10,2, z innych nowotworów złośliwych — 1,1 osoba.

W St. Zjedn. Ameryki było w r. 1927 prawie 80.000 przypadków błonicy. Umieralność z tej choroby = 7,5 na 10,000 mieszkańców.

— W Prusach jest (1926 r.) 3300 lekarzy szkolnych na 3,9 miljonów ludności, 7 miljonów ludności (nie dzieci w wieku szkolnym) pozostaje bez opieki lekarza szkolnego. Istnieje 2500 szpitali o 234000 łóżek, czyli 1 łóżko na 165 mieszkańców — czyli o najmniej 20 razy więcej niż u nas. Rocznie dwa miljony chorych, czyli około 10 na 1 łóżko szpitalne leczy się w szpitalach. Był tylko 1 przypadek trądu, 3 przypadki duru plamistego i 5 przypadków ospy. 3/4 ludności korzysta

z dobrodziejstwa kanalizacji i wodociągów. 1 lekarz wypada na 1418 i jeden dentysta na 7123 mieszkańców.

= Liczba udzielonych dyplomów lekarskich, która wynosiła w Niemczech w r. 1890 — 1530, spadła stopniowo do 535 w r. 1926 a w r. 1922 wynosiła 30001.

= Zgodnie z danemi śmiertelności na 1000 mężczyzn w wieku lat 30 — umrze w roku następnym 5,56, w wieku l. 40 — 9,22; l. 50 — 16,93; l. 60 — 32,6; l. 70 — 69,36.

= W r. 1925 konsumcja alkoholu wynosiła na głowę ludności w Warszawie 4,65 litra czystego spirytusu. Łódź wypiła w 1923 r. 2 miljony litrów 96 proc. spirytusu. W Warszawie zatrzymano w 1926 roku 10.500, w Łodzi 3,600 osób nietrzeźwych. A ilu nie zatrzymano!

VIII. Gruźlica.

Polska posiada 128 towarzystw gruźliczych. W Polsce umiera na gruźlicę 70.000 osób rocznie, czyli 1 na 400 mieszkańców.

Przy tej masie chorych w Polsce śmiertelność na gruźlicę wynosi 24 na 10 tys. ludności, w St. Zjednoczonych — śmiertelność wynosi tylko 7 na 10 tys. osób, w Holandji i Danji — 9 na 10 tys. i t. d., gdy liczba chorych na gruźlicę dosięga w Polsce w przybliżeniu 3/4 miljona.

Polska posiada zaledwie 124 przychodnie przeciwgruźlicze, 6228 łóżek szpitalnych, 38 sanatorjów, a w nich 2786 łóżek.

Według sprawozdania sanitarnego Ligi Narodów, w Polsce zmarło z gruźlicy w r. 1925 9,300 osób, z tego w 10 największych miastach o 2,655,000 ludności — 6,494 osób czyli 0,244%. W Warszawie w roku 1924 zmarło z gruźlicy 2.616 osób (84.9% chrześcijan, 15,1% żydów, podczas gdy ludność liczyła 66.8% chrześcijan i 33,2% żydów). Umiera na gruźlicę więcej mężczyzn (54,4%) niż kobiet, choć mężczyźni stanowią tylko 45,5% ludności.

W l. 1925 (w nawiasie) i 1926 zmarło w Warszawie na gruźlicę płuc 2.000 (1790), czyli na 10.000 m. 25,3 (23,8) i 20 (18), w Łodzi odpowiednie cyfry wynoszą 1.560 (1.365) i 1.340 (1145); 27,6 (25,9) i 23,7 (21,7), we Lwowie 700 (640); 520 (440); 30,5 (27,3) i 23,7 (21,7), w Krakowie 670 (630); 550 (505), 35,5 (33,5) i 29,1 (27), w Poznaniu 540 (480) i 470 (430), 24,5 (22,8) i 21,4 (20,5), w Lublinie 370 (320); 280 (250) 33,7 (30,8), 26,1 (24,5), w Sosnowcu 390 (320) 345 (280) 38,5 (31,5) i 33,9 (27,7).

Śmiertelność z gruźlicy wynosiła w r. 1926 w Łodzi — 0.276%. W r. 1924 co 5 zgon był spowodowany przez gruźlicę. W Galicji i Kongresówce umiera rocznie około 60,000 osób na gruźlicę, około 180,000 osób jest tam niezdolnych do pracy z powodu gruźlicy.

Umieralność z gruźlicy w K. Ch., należących do woj. Łódzkiego, wynosi 0,18%. W Niemczech wynosiła ona w r. 1925 — 0,09 (w r. 1918 0.2), w Berlinie 0.1 w r. 1926 (0.3% w r. 1917). Umieralność więc na gruźlicę w województwie łódzkiem jest obecnie taka, jaka była w Niemczech w r. 1918 czyli dwa razy większa niż obecnie w Niemczech. Liczba chorych na gruźlicę członków rodzin jest przeszło dwa razy większa niż członków K. Ch.; mężczyźni i kobiety, członkowie K. Ch., zapadają na gruźlicę płuc jednakowo często.

We Francji w 85 departamentach jest 600 przychodni, 11.000 łóżek, 60 sanatorjów nadmorskich o 12.500 łóżkach, 85 sanatorjów dla chorych na gruźlicę płuc (8.500 łóżek), 14 szpitali o typie sanatoryjnym (3.000 łóżek) oraz 115 specjalnych oddziałów dla gruźlików (o 6400 łóżek). Niemcy mają 3.000 poradni i 40.000 łóżek.

Francja. Śmiertelność z gruźlicy wzrasta wraz z gęstością zaludnienia i rozwoju urbanizacji. Najwięcej osób umiera między 20 a 29 rokiem życia. Śmiertelność z gruźlicy w Paryżu zmniejszyła się z 0,452%

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej śmiertelność z gruźlicy spadła z 11,5% w r. 1900 do 7,62% ogólnej liczby zgonów w roku 1924 czyli 0,0906% ludności, w r. 1925—0,085. Jest tam 60.000 łóżek szpitalnych dla gruźlików.

Podług statystyk amerykańskich, śmiertelność ludności wiejskiej z gruźlicy wynosi 0.8 na 10.000, przy ogólnej śmiertelności 5.13 Ta nisko stosunkowo śmiertelność mieszkańców wsi jest łatwo zrozumiała, mniej zrozumiały jest niski % śmiertelności z gruźlicy wśród górników w kopalniach węgla — tylko 11,72% czyli 1/8 zgonów wogóle.

Śmiertelność z gruźlicy wynosiła w r. 1926 w Niemczech 10.1 (w Berlinie 9.7), w Austrji 17.6 (w Wiedniu 20.5!) na 10.000 mieszkańców.

= Umieralność z gruźlicy wynosiła w Niemczech w r. 1875 na 10000 mieszkańców — 31 i zmniejszając się stopniowo wynosiła w r. 1895 — 20 przypadków, w r. 1925 już tylko 10 przypadków. Najwięcej umiera gruźlików od lutego — do maja, najmniej od września — do listopada włącznie. Statystyka potwierdza zatem ogólnie rozpowszechnione mniemanie, że na wiosnę umiera najwięcej gruźlików, nie potwierdza zaś mniemania tego co do jesieni. W r. 1925 umarło w Niemczech z gruźlicy — 66.500 ludzi, czyli 182 osoby dziennie, czyli co 8 minut umierał 1 człowiek na gruźlicę. 0,8

wszystkich śmierci z gruźlicy stanowi gruźlica płuc. Śmiertelność jest prawie jednakowa u mężczyzn i kobiet. Każdy 10-y przypadek śmierci powoduje gruźlica. Śmiertelność z duru, płonicy, błonicy i odry zmniejszyła się na 10.000 mieszkańców z 4,9 w r. 1912 do 2,1 w r. 1925 (gruźlica spadła w tym czasie z 14,58 do 10,93). Jeszcze w r. 1925 umarło z gruźlicy 5 razy tyle ludzi ile z duru, płonicy, błonicy i odry razem, 2 razy tyle ile łącznie z wszelkich wogóle chorób zakaźnych.

W Niemczech w r. 1924 śmiertelność z gruźlicy wynosiła w roku 1924 0,12% mieszkańców, w Anglji 0,187% (w stosunku do ogólnej liczby zgonów 12,47%, w Danji 0,085%, na Łotwie 0,214% (16,4% ogólnej śmiertelności, w Hiszpanji w r. 1925 7,7%), w Norwegji 0,204%. W Holandji kobiety częściej umierają na gruźlicę niż mężczyźni (1,15—1,20:1). W Czechosłowacji śmiertelność z gruźlicy stanowi 12,4% zgonów, a 0,19% ludności, z gruźlicy płuc 0,172%. Śmiertelność z gruźlicy zmniejszyła się w Pradze z 0,361% w r. 1911 do 0,176% w r. 1924, z gruźlicy płuc z 0,308 do 0,148%.

W berlińskich Kas. Chorych 52% wszystkich wydatków na leczenie pochłania gruźlica.

Na gruźlicę umarło w Niemczech w r. 1925 — 10 7 osób na 10.000. Im bardziej zaludniona jest miejscowość, tem większa jest śmiertelność z gruźlicy (10,1 — 100.000-ych gminach, 9,3 — w 50.000, 8,9 — w 30.000-ych).

Na 65.000 chorych z otwartą gruźlicą — 17 proc. nie mają oddzielnych łóżek, narażając swych najbliższych.

Związek Sow. Soc. Republik posiadał w r. 1925 — 363 przychodnie przeciwgruźlicze, po wsiach w nieznacznej tylko liczbie.

Śmiertelność z gruźlicy wynosiła w r. 1914 — 0,284 proc., w r. 1924 — 0,214 proc.

W Anglji umiera z gruźlicy 0,96 proc. ludności, na raka 0,136 proc.

Wciągu 7 lat (1920—1927) wybudowano 870000 domów, z tego Ministerstwo Zdrowia finansowało 550000 domów. To też umieralność z gruźlicy zmniejszyła się do 0,1% mieszkańców.

Do K. Ch. należy 14 miljonów członków, czyli 1/3 ludności.

18. X. 27. Włoska rada ministrów zatwierdziła prawo o przymusowem ubezpieczeniu przeciw gruźlicy, na podstawie którego pracownik otrzymuje niezbędne leczenie, również i następowe, a rodzina w czasie pobytu jego w sanatorjum — zapomogę. Składka roczna wynosi przeciętnie 15 lirów, co przy 20 miljonach ubezpieczonych stanowi 300 miljonów lirów. Za 10 lat liczba miejsc w sanatorjach ma wynosić 18000, a liczba łóżek dla doleczania 2000.

IX. Komunikaty.

I-szy Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych szpitalnych odbędzie się w Łodzi 19 czerwca b. r. (uderza nas, że w tym zjeździe 25 proc. stanowią przedstawiciele Kas Chorych, t. j. aż tyle ile lekarze nieurzędowi. Ogółem lekarze, wraz z lekarzami przedstawicielami Kas Chorych i lekarzami urzędowymi, stanowią tylko 50 proc).

Dyrekcja Studjum Wychowania Fizycznego Uniw. Pozn., Poznań 3, park Wilsona, prosi o nadsyłanie, z dopiskiem „Ankieta", najpóźniej do d. 1. IX b. r. materjałów w sprawie dawnych zabaw i gier ruchowych w Polsce w celu unarodowienia naszego wychowania fizycznego. Szczegóły w „Wych. Fizycznem" zesz. 4 r. b.

XIII ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH.

Wmyśl uchwały, powziętej na XII Zjeździe z 1925 r., następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Wilnie w 1929 r.

Do Prezydjum Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Delegacja Stała powołała z szeregu swych członków prof. dr. A. Januszkiewicza i prof. dr. Władysława Dziewulskiego, na Sekretarza Generalnego został zaproszony prof. K. Michejda, na Redaktora Naczelnego — prof. dr. W. Jakowicki, na Skarbnika — dr. W. Bądzyński.

Ścisły termin Zjazdu został wyznaczony przez Delegację Stałą w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym na dni 26 — 29 września 1929 r.

Po zakończeniu przygotowawczych czynności w organizacji Wydziału Naukowego będzie podany wykaz gospodarzy i sekretarzy sekcji w najbliższym komunikacie.

Za delegację Stałą Zjazdu:

Doc. dr. *T. Janiszewski*, *Sekretarz* Prof. dr. S. *Ciechanowski*, Przewodniczący.

Za Komitet Organizacyjny Zjazdu:

Prof. dr. *K. Michejda*, Sekretarz Generalny. Prof. dr. *A. Januszkiewicz*, Przewodn.

Polskie Lekarskie Tow. Radjologiczne prosi nas o umieszczenie następującego komunikatu:

Na walnem Zebraniu Pol. Lek Tow. Radjologicznego w d. 26 XI 1927, jednogłośnie uchwalono następujące wnioski:

1. Walne Zebranie członków P. L. T. R. potępia anonimowe prowadzenie zakładów rentgenologicznych t. j. prowadzenie ich bez podawania nazwiska lekarza kierującego i odpowiedzialnego, lub też z podaniem nazwiska fikcyjnego.

Zebranie uważa, że takie prowadzenie zakładów obniża powagę rentgenologji lekarskiej i jest szkodliwe zarówno dla interesów ogółu

radjologów polskich, jak i dla nauki polskiej wogóle. Uchwała powyższa odnosi się także i do orzeczeń rentg. rozpoznawczych.

2. Walne Zebranie uważa, że w warunkach dzisiejszych w Polsce stałe zatrudnianie w zakładach rentgenologicznych lekarzy cudzoziemców jest niczem nieusprawiedliwione i powinno być surowo potępione. Dyskwalifikuje ono rentgenologję polską wobec zagranicy i jest sprzeczne z prawami państwowemi. Zebranie wzywa członków Towarzystwa do bojkotowania zakładów, które nie chcą zastosować się do powyższej uchwały.

3. Załatwianie praktyki prywatnej (płatnej) nawet pod pretekstem ambulatoryjnej, w Zakładach Użyteczności Publicznej, panstwowych i miejskich powinno być niedopuszczalne.

VI. Zjazd międzynarodowy Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Rzymie od 24 — 29 września b. r. Prof. *Calmette* (Paryż) wygłosi ref.: Postacie przesączalne zarazka gruźliczego, prof. *Rocco Jemma* (Neapol): Rozpoznawanie gruźlicy dziecięcej, a dr. *William Brand* na t.: Organizacja profilaktyki przeciwgruźliczej na wsi. Zgłoszenie udziału w zjeździe nastąpić może za pośrednictwem Dep. Służby Zdrowia (M. S. Wewn.) lub Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa. Chocimska 24. Opłata za udział w zjeździe wynosi 100 lirów od osoby.

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Oddział w **Radomiu** ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad w tutejszej Kasie Chorych, znajdujących się pod bojkotem ze względu na wymówienie pracy przez tutejszy Zarząd K. Ch. wszystkim lekarzom miejscowym Nie bacząc na to, że w zatargu tym Zarządowi K. Ch. rozchodziło się o pognębienie zasad lekarskich, na co miejscowi lekarze nie chcieli się zgodzić, znaleźli się lekarze zamiejscowi, którzy dla względów egoistycznych i materjalnych przyjęli zaproponowane im przez Zarząd Kasy Chorych posady, przez co okazali się zdrajcami godności i etyki lekarskiej.

Oto nazwiska tych panów: 1) Dr. Kelles-Krauz Stanisław, 2) Dr. Purec Jakób, 3) Dr. Taubenfeld Jakób, 4) Perlman Albert, 5) Dr. Lebküchler Adam, 6) Dr. Cwibak Leon, 7) Dr. Wroński Stanisław, 8) Dr. Metera Piotr, 9) Dr. Zalewski Marjan, 10) Dr. Pakowski Witold, 11) Dr. Jerzy Grzędzielski, 12) Dr. Zofja Romotowska - Wrońska.

Za przewodniczącego: *Dr. Neuman*, Sekretarz (podpis nieczytelny).

Związek Lekarzy P. P. — Oddział w Radomiu.

Wydawca i redaktor odpowiedzialny **Dyonizy Hellin**

Phytina

Ciba

Rezerwowa substancja dla rozwoju roślin przez samą naturę dobrana dla odżywiania fosforem i dla zapobiegania chorobom oraz przyczynowego ich leczenia u człowieka.

Zupełnie nieszkodliwy pierwiastek fosforowy, w stanie naturalym wydzielony z nasion. Zawiera około 22 % fosforu (50 % bezwodnika kwasu fosforowego -- $P^2 0^5$) pod postacią zupełnie przyswajalnego organicznego związku.

Potężnie pobudza apetyt, powoduje nabieranie na wadze i siłach

Utrzymuje sprawność umysłową i fizyczną

Przyczynia się do rozwoju i wzrostu

Zapobiega i przyczynowo leczy krzywicę i t. d.

Zasięgnąć porady lekarza

zaleca

Pabjanickie Tow. Akcyjne Przemysłu Chemicznego

Pabjanice, wojew. Łódzkie.

APTEKA A. GĄSECKIEGO w Warszawie, ul. Freta 16.

Prosimy p.p. Lekarzy o zwrócenie uwagi na nowy krajowy przeciwgruźliczy, przeciwgorączkowy i wzmacniający środek leczniczy

„Balsam Thiocolan Age“ i „Bals. Thiocolan Age z Phytina,

W razie zainteresowania się pp. Doktorów uprzejmie prosimy o zawiadomienie nas kartą pocztową, a próbkę takowego i broszurę z opisem leku niezwłocznie nadeślemy.

HELMITOL

kojące ból

Antisepticum do leczenia pęcherza

o wzmocnionem i przedłużonem działaniu formaldehydu.

Powoduje także szybką dezynfekcję nawet alkalicznego moczu.

W sprzedaży: Rurki po 20 tabletek à 0,5 gr. w oryginalnem opakowaniu „B A Y E R".

Dawka: 1 gr. (2 tabletki) przyjąć 3—4 razy dziennie, rozpuszczone w szklance zimnej wody przegotowanej.

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Oddział farmaceutyczny *„Bayer-Meister-Lucius"*

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „REMEDIA"
wysyła literaturę i próby na żądanie WWPP Lekarzy bezpłatnie.
WARSZAWSKI, FULDE i S-ka
Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 Skrz. poczt. 748

POLSKIE PREPARATY SREBROWE

przewyższające pod wielu względami analogiczne preparaty zagraniczne

„Corgol-Motor"

(Arg. colloidale ca 75% Ag)

Koloid srebra Motoru, dzięki swej czystości, może być przechowany w białym szkle, zarówno w stanie suchym, jak i w roztworze: nie zawiera bowiem domieszek chlorku, ani innych soli srebrowych, wrażliwych na działanie światła. W porównaniu z preparatami zagranicznymi **„Corgol Motor"** jest trwalszy na powietrzu (CO_2); rozpuszczalność szybka i całkowita.

„Gelargin Motor"

(Arg. gelatinosum ca 15% Ag)

roztwarza się całkowicie i klarownie nawet w wodzie nieprzekroplonej, nie dając osadu z solami wapniowemi.

„Ophtargol-Motor"

(Prorgol pro oculis)

i

„Prorgol-Motor"

(Arg. proteinicum ca 8% Ag.)

Proteinian srebra „Motoru" jest jedynem preparatem tego typu z którego roztwory przyrządzać można w sposób właściwy, t. j. **ex tempore** w ciągu kilku sekund: Subtelne łuski „Prorgolu" wytwarzają wielką powierzchnię styczną z wodą, dzięki czemu preparat nie skleja się w grudki i momentalnie rozpuszcza.